Über den Zusammenhang der Geisteskrankheiten mit dem Geburtsakt und Wochenbett.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
der hohen medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von TOYO KIUCHI,
approb. Arzt aus Japan.

MÜNCHEN 1913.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Über den Zusammenhang der Geisteskrankheiten mit dem Geburtsakt und Wochenbett.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
der hohen medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von TOYO KIUCHI,
approb. Arzt aus Japan.

MÜNCHEN 1913.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen
Fakultät der Universität München.
Referent: Geh. Rat Prof. Dr. Döderlein.

Obwohl die Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten beträchtliche Fortschritte gemacht hat, und obwohl die Untersuchungsmethoden sowie die hiebei angewandten Mittel ständig vervollkommnet wurden, ist doch über die Ursachen des Irreseins nur verhältnismäßig wenig bekannt. Gemütserschütterungen, schwere Formen erblicher Entartung sind wissenschaftlich anerkannte Ursachen psychischer Störungen, ebenso bekannt ist es, daß auch auf dem Boden körperlicher Krankheiten geistige Störungen entstehen. Hieher gehören zunächst direkte Schädigungen des Gehirns durch Traumen, ferner die durch toxische Schädlichkeiten entstehenden Geisteskrankheiten, wobei es sich entweder um exogene oder um endogene Giftwirkungen handelt. Die letzteren hinwiederum treten entweder bei Infektionskrankheiten auf oder sie entstehen durch Produkte des eigenen, infolge beliebiger Schädigungen krankhaft veränderten Stoffwechsels, durch Autointoxikation. Auch als Folge dyskrasischer und mancher anderer Krankheiten können Psychosen entstehen, nicht zuletzt aber und mit am häufigsten treten sie nach den außerordentlichen Veränderungen auf, die das Generationsgeschäft im weiblichen Organismus bewirkt.

Bei den physiologischen Vorgängen, die sich im weiblichen Körper vollziehen, beobachten wir

normalerweise fast immer eine etwas gesteigerte Erregbarkeit, mitunter aber auch in unmittelbarem Anschlusse daran schwere psychische Erkrankungen.

Um so leichter verständlich erscheint es daher, daß die umwälzenden Vorgänge des Fortpflanzungsgeschäftes, Schwangerschaft, Wochenbett und Laktation in vielen Fällen schwere geistige Störungen bedingen. Die hier eintretenden Wandlungen erschüttern zweifellos die Psyche des Weibes aufs äußerste. Dem Körper werden, besonders beim Geburtsakt, die stärksten, härtesten Anstrengungen zugemutet, von denen man glaubt, daß sie im weiteren Verlauf die geistige Störung nach sich ziehen.

Die Generationspsychosen sind von den ältesten Schriften schon beachtet und behandelt; die modernere Literatur datiert seit 50 Jahren, seit der berühmten Abhandlung von V. Marcé. Aber auch, wenn man die ältere Literatur mit der neuesten vergleicht, so läßt sich erkennen, daß man, obwohl in der schärferen Abgrenzung und besseren Fixierung des Krankheitsbildes erhebliche Fortschritte gemacht worden sind, dem eigentlichen Wesen der Erkrankungen doch nur um weniges näher gekommen ist.

Für diese Unvollkommenheit der wissenschaftlichen Forschung lassen sich verschiedene Umstände verantwortlich machen:

Bei der Beurteilung der Häufigkeit der Puerperalpsychosen steht uns naturgemäß als einziges Hilfsmittel die Statistik zur Verfügung und gerade sie läßt uns hiebei bisweilen völlig im Stich. Denn es steht außer Zweifel, wie schon zu wiederholten

Malen geltend gemacht wurde, daß ein großer Prozentsatz von Puerperalpsychosen den Kliniken oder Irrenanstalten überhaupt nicht zugewiesen wird; in vielen Fällen bleiben die Kranken in der Familie, und die Psychose geht meist im Laufe von Tagen oder Wochen in völlige Heilung über. Ein weiteres Moment für die Erschwerung des Studiums der Generationspsychosen ist darin zu suchen, daß ein großer Teil der Kranken der Behandlung in geburtshilflichen Kliniken untersteht, in deren Interesse ein genaueres Verfahren der psychischen Störungen kaum liegen kann und hiedurch wird von vorneherein die Einheitlichkeit der psychiatrischen Forschung bis zu einem gewissen Grade gestört.

Für die geistigen Störungen der Schwangerschaft kommen nur solche Frauen in Betracht, welche bis zu einem gewissen Grade vollwertig entwickelt sind; die Idiotinnen und die schwereren Formen von Infantilismus sind vom Zeugungsgeschäft nahezu ausgeschlossen.

Die Angaben der alten und der neuen Literaten wiederholen sich stetig in der Tatsache, daß am häufigsten die Psychosen des Puerperiums, dann die der Laktation und endlich die der Schwangerschaft sich ereignen. Die Häufigkeit dieser Psychosen überhaupt wird sehr verschieden angegeben. Die bezüglichen Statistiken entstammen fast ausschließlich aus Kliniken, Anstalten und Krankenhäusern, und es läßt sich, wie schon bemerkt, im vorhinein sagen, daß hiemit die leichteren Formen, sowie die kurzdauernden transitorischen Formen einer Zählung entbehren. Statistische Mittelwerte werden vielfach auch durch ört-

liche Verhältnisse, besonders durch das Auftreten endemischer Infektionen und anderer Komplikationen verschoben.

Die Höhe des Prozentsatzes der Puerperalpsychosen unter den Geistesstörungen überhaupt mag aus folgender Uebersicht hervorgehen:

Es zählten:

	geisteskr. Frauen	puerp. Erkrankte	pCt.
Ripping (Siegburg)	780	168	21,6
Charité	508	86	16,8
Lübben	4184	181	15,3
Holm	1063	143	13,4
Leidesdorf (Wien)	200	20	10,0
Glasgow Asylum	316	25	7,9
Tedler	889	70	7,8

Gundry zählte 9%, Schwegel dagegen 20%. Alt gibt durchschnittlich 10—15% an Weebers 17,8%. Nach Siemerling belief sich der Prozentsatz in der Charité auf 4,8%, in Tübingen auf 4,5%, in Kiel auf 2,2%. Hoche (Friedrichsberg) fand von 2454 weiblichen Geisteskranken 211 puerperale Psychosen — 8,6%. Quensel berechnete für die Leipziger Klinik 4,57—5,46% puerperale Psychosen; Quensel und Siemerling stellten eine Abnahme der Puerperalpsychosen überhaupt fest. Ferner ergibt sich aus den statistischen Zahlen in der Literatur, daß die Frauen am häufigsten im Wochenbett geistig erkranken, weniger oft in der Laktation und relativ selten in der Gravidität; eine Trennung und Uebersicht nach bemittelten und unbemittelten Ständen existiert noch nicht.

Wie bereits erwähnt, mehren sich in der Zeit des Geburtsaktes und des Wochenbettes die

krankheiterzeugenden Ursachen in hohem Maße gegenüber den anderen Generationsperioden (Schwangerschaft und Säugungsperiode). Auch hier muß der Organismus den Kampf aufnehmen gegen Vergiftungsvorgänge durch Stoffe, deren Bildung in Abhängigkeit von der Schwangerschaft Geltung kommen.

Ferner ist es der Geburtsakt selbst, der durch seine brüsken Abänderungen des Blutdruckes und der gesamten Zirkulation, durch seine hochgradigen Schmerzen und durch die Konsumption der Kräfte, wohl auch durch die seelischen Erregungen schon an und für sich geeignet ist, das gesamte Nervenleben schwer zu alterieren. Insbesonders aber ist es die gesteigerte Möglichkeit zu Infektionen, wohl auch die Temperatursteigerung, welche an sich als ausreichende Ursache zum Auftreten gewisser Psychosen in Betracht kommt; diese Infektionswirkung kann sich akut und protrahiert entfalten.

Für diese Phase kommen auch die vielfachen Thrombosierungen im Genitalsystem und im Gehirn, sowie die vermehrte Möglichkeit der Embolisierung der Blutbahn wahrscheinlich durch beide Kreisläufe hindurch in Betracht. Im vorhinein ist daher zu erwarten, daß in dieser Generationsperiode die häufigsten geistigen Störungen sich einstellen, wie aus den Zahlen und Tabellen fast aller Autoren hervorgeht. Siemerling schätzt die Zahl der Wochenbettspsychosen auf 86%, die Laktationspsychosen auf 11%, die Graviditätspsychosen auf 30%. Alt berechnet die eigentlichen Puerperalpsychosen auf 9 Teile, die Säugungspsychosen auf 4 Teile, die Schwangerschafts-

psychosen auf 2 Teile aller Generationspsychosen.

Was die einzelnen Formen anlangt, so steht zunächst fest, daß die akuten, rasch auftretenden und relativ bald endenden Psychosen weitaus am meisten auftreten. Ferner sind alle Autoren darüber einig, daß die Melancholie in dieser Zeit relativ viel seltener in die Erscheinung tritt als in der Gravidität. Weitaus am häufigsten sind jene Formen, die seit den vortrefflichen Beschreibungen von Fürstner, Wille und Meynert als akute halluzinatorische Verwirrtheit (Amentia) bezeichnet wird, diese repräsentiert sozusagen die Hauptpsychose des Wochenbetts.

Bei einer beträchtlichen Zahl dieser Verwirrtheiten treten auch jene Merkmale auf, die als Symptomenkomplex der Katatonie seit Kahlbaum und Hecker, später durch Kraepelin u. A. bezeichnet wurden.

Das gemeinsame Merkmal dieser letzteren Gruppe besteht in dem gleichzeitigen Auftreten eigenartiger bizarrer Bewegungen und Haltungen, welche scheinbar automatisch vor sich gehen und mit dem jeweiligen Gedankenlaufe und Gefühlszustande wenig Zusammenhang erkennen lassen. Sie treten auf als Zwangsbewegungen, als auffällige Fixation und Unfreiheit der Bewegungen und zeigen eine große Tendenz zu eintöniger Wiederholung zur Stereotypie. Soweit der Ablauf der Gedanken erkennbar ist, ist auch dieser retardiert, auffällig gebunden und zeigt eine abnorme Restriktion auf einzelne Gedankenkomplexe, welche sich gleich den Bewegungen oft wiederholen.

Diese Gruppe zeigt im allgemeinen eine minder günstige Prognose, doch ist dies keineswegs

die Regel. Diese Fixation und Gebundenheit, diese Verödung des Gemüts- und Verstandeslebens, bei gleichzeitiger Aufhebung des geordneten Gedankenganges steigert sich in vielen Fällen zu einer Regungslosigkeit, welche schon seit Georget und Baillarger als Stupor bezeichnet wird. Von Esquirol stammt der Ausdruck: demence aiguë; es bleibt noch klarzulegen, wieweit sich dieser Stupor von dem sogenannten Stupor melancholicus unterscheidet.

Bei der Beschreibung dieser Formen muß auch die eigenartige Tatsache erwähnt werden, daß gerade bei den akuten Puerperalpsychosen ein Wechsel der Form relativ häufig eintritt; so sah Siemerling die Melancholie bei derselben Person abwechseln mit halluzinatorischer Verwirrtheit.

Dies gilt auch für den eigentlichen akuten Wahnsinn: Dies ist ein Zustand von akuter Wahnbildung mit Halluzinationen, aber charakterisiert durch einen relativ geordneten Gedankengang und eine geringe Trübung des Bewußtseins. Das Verhältnis dieses Krankheitsbildes zur akuten halluzinatorischen Verwirrtheit ist gerade in neuerer Zeit vielfach diskutiert, und es kann niemand auf einmütige Zustimmung der Autoren rechnen.

Ehe ich nun zur Beschreibung und Aufzählung der einzelnen Formen übergehe, kann ich nur bestätigend den Ausspruch anführen, den Marcé vor 50 Jahren getan hat: Daß es keine Form von Krankheit gebe, die im Puerperium nicht vorkomme, und daß die einzelnen Formen nichts Spezifisches an sich haben.“ Doch möchte ich bemerken, daß dies auch bei anderen Psychosengruppen zutrifft, z. B. bei den alkoholischen Gei-

stesstörungen; sehr häufig muß eben die Symptomatik der begleitenden körperlichen Symptome das Bild ergänzen, und es wird sich leicht zeigen lassen, daß insbesondere die gleichzeitigen Gehirn- und Nervenkrankheiten der vorhandenen Psychose doch so scharfe Konturen geben, daß eine Diagnose auf Puerperalpsychose möglich ist.

Die Charakterisierung von Scholz (nach Hoppe) scheint zutreffend zu sein, nämlich, daß den Puerperalpsychosen doch einige Züge eigentümlich sind, so das plötzliche Auftreten von Sinnestäuschungen, das rasche Ansteigen von tobsüchtiger Verwirrtheit; die erotomanische Färbung der Delirien, die tiefe psychische und körperliche Erschöpfung, welche sich beim Abfall der akuten Erscheinungen so häufig geltend macht.

Tabelle I.

	am 1. Tage post partum	am 2. Tage p.p.	am 3. Tage p.p.	am 4. Tage p.p.	am 5. Tage p.p.	am 6. Tage p.p.	in der 1. Woche	in der 2. Woche	in der 3. Woche	nach 3 Wochen	nach 4 Wochen	nach 5 Wochen	nach 6 Wochen	?	Summa
Akute halluzinator. Verwirrtheit	5	0	5	11	4	3	28	16	6	3	3	2	3	2	63
Melancholie	1	0	1	1	0	0	3	3	3	1	1	0	0	0	11
Manie	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Hysterische Geistesstörung	1	1	1	0	0	0	3	0	1	0	2	0	0	1	7
a) hysterische Melancholie	0	(1)	(1)	0	0	0	(2)	0	(1)	0	(2)	0	0	(1)	(6)
b) hysterische Verrücktheit	(1)	0	0	0	0	0	(1)	0	0	0	0	0	0	0	(1)
Periodische Geistesstörung	3	0	0	0	0	1	4	0	0	1	0	0	2	1	8
a) period. Manie	(2)	0	0	0	0	0	(2)	0	0	(1)	0	0	(2)	(1)	(6)
b) period. Melancholie	(1)	0	0	0	0	0	(2)	0	0	0	0	0	0	0	(2)
Zirkulare Geistesstörung	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3
Paranoia halluc.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Epileptische Geistesstörung	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	5
Summa	13	1	7	12	4	4	41	21	11	6	7	2	6	6	100

Um die Formen und die Zahl der Phychosen des Wochenbettes zu erörtern, will ich hier eine Tabelle voranstellen, welche Hoppe über 100 seiner Kranken gegeben hat und welche, abgesehen von der Wahl der Benennung von anderen Tabellen nicht erheblich abweicht.

a) Amentia puerperalis.

Diese Erkrankung tritt im Puerperium, meist sehr rasch auf, zuweilen aber kommen die Symptome schon lange Zeit vorher zur Geltung, vielleicht schon in der Gravidität.

Die Anfangssymptome sind meist auf dem Gebiete der Stimmungsanomalien zu suchen: ängstliche, verzagte Stimmung, enorme Reizbarkeit, auffällig rascher Wechsel der Stimmung überhaupt. Dies ist öfter der Fall als die heitere, expansive manische Stimmung. Damit geht eine Summe auffälliger körperlicher Symptome einher: Das Gefühl der Schwere oder der Leichtigkeit des Körpers, Mattigkeit, Fibrieren in den Gliedern, Schwindel, Kopfschmerz und Druck, Ohrensausen und jene Gefühle, die den Denkakt begleiten und von den Kranken selbst empfunden werden.

Dem Auftreten der Sinnestäuschungen geht meist voran und läuft parallel eine Verdunklung und Trübung der Wahrnehmung äußerer Eindrücke und Vorgänge. Die Patienten sind schwer zur Aufmerksamkeit zu fixieren, fallen rasch zurück in den Verkehr mit den eigenen Gedanken.

Die Sinnestäuschungen sind meist auf allen Sinnesgebieten nachweisbar, auffällig häufig treten hier Täuschungen des Geruchs und des Geschmacks und geben Anlaß zu Vergiftungsideen und Nahrungsverweigerung.

Der Schlaf ist häufig gestört, und bei lebhafter Bewegungsunruhe rasche Abnahme des Körpergewichts. Wie erwähnt, ist das Bewußtsein, soweit es nach den Aeußerungen und dem Verhalten erschlossen werden kann, meist ein traumhaft getrübtes, entgegengesetzt dem Zustand der Klarheit, Wachheit, Vigilität. Meynert vergleicht den Bewußtseinszustand mit dem der Hypnose und macht geltend, wie dadurch das Phänomen der Selbsteinredung oder Suggestion durch andere, auch bei dieser Psychose leichter ermöglicht wird.

Vielfach wurde auf die nahe Verwandtschaft solcher Verwirrtheitszustände mit dem des Alkoholdeliriums Bedacht genommen. Leider besteht noch derzeit der Brauch, durch hohe Alkoholdosen im Puerperium Infektion und Fieber zu bekämpfen, und es hat Hoppe mit Recht erörtert, daß solche hohe Dosen an sich imstande sind, die Symptome dauernder Alkoholvergiftung bei den Wöchnerinnen hervorzurufen.

Was nun das Erinnerungsvermögen betrifft, so können exakte Gedächtnisprüfungen sowie die Prüfung auf willkürliche Reproduktion wegen der Schwierigkeit mit solchen Kranken in Konnex zu treten, nur schwer gemacht werden. Im vorhinein läßt sich erwarten, daß wegen des Mangels an Sammlung, wegen der Verzerrung und Illusionierung der Wahrnehmungen, besonders wegen Mangel an Aufmerksamkeit auch die Reproduktion der jüngsten Ereignisse nur mangelhaft vonstatten geht.

Es besteht auch kein Zweifel, daß bei diesen Formen die Merkfähigkeit, d. i. die Aufnahme

und Reproduktion neuer Erlebnisse hochgradig gestört ist.

Bei den meisten Kranken ist die örtliche und zeitliche Orientierung erheblich gestört. Doch ist dieser Verlust der Orientierung nicht so hochgradig, wie es die Verwirrtheit erwarten läßt.

Bezüglich der Bewegungsphänomene ist sowohl höchstgradige Agitation, aber auch stuporöses, regungsloses Dahinliegen zu konstatieren.

Bei diesen Erkrankungen finden sich auch jene Bewegungsphänomene, die seit Kahlbaum als katatonische bezeichnet werden, d. h. pathetische, bizarre Stellungen und Haltungen, also Stereotypien, Flexibilitas cerea; diese Formen treten längerdauernd oder vorübergehend auf.

Die Affektlage ist am meisten charakterisiert durch die hochgradige Veränderlichkeit und Labilität.

Der Verlauf der Amentia ist häufig ein intermittierender; es gibt Tage und Stunden, wo eine überraschende Ordnung und Orientierung zu erkennen ist. Der Wechsel der Symptome und des klinischen Bildes ist ein charakteristisches Merkmal der Erkrankung überhaupt.

Die Veränderlichkeit stellt direkt ein günstiges Merkmal dar, während das Gleichbleiben durch viele Monate als ungünstiges Moment anzusehen ist.

Die Prognose der Amentia ist im allgemeinen als günstig zu bezeichnen, die Tabellen dafür sind allerdings nur schwer zu vergleichen, da die älteren Autoren vielfach die Manie von der Amentia nicht getrennt haben und da andererseits einige neuere Autoren durch die Ueberschätzung der

Katatonensymptome und des Wechsels der Stimmungslage den größten Teil der akuten halluzinatorischen Formen mit dem Sammelnamen Dementia praecox und manisch-depressive Psychose belegen.

Quensel hat folgende Tabelle, in welcher der „Katatoniegruppe" ebenfalls ein breiter Raum gelassen ist, angelegt.

Tabelle II.

*) vom Anfall geheilt, wieder erkrankt.

	Puerperal-Psychose					Graviditäts-Psychose					Zusammen					
	geheilt	v. A. g. w. e.*)	gebessert	ungeheilt	gestorben	geheilt	v. A. g. w. e.*)	gebessert	ungeheilt	gestorben	geheilt	v. A. g. w. e.*)	gebessert	ungeheilt	gestorben	Gesamtzahl
Katatoniegruppe	3	2	4	9	—	—	—	1	3	—	3	2	5	12	—	22
Amentiagruppe	12	—	—	—	—	3	—	—	—	—	15	—	—	—	—	15
Fieberdelirien	2	—	—	—	5	—	—	—	—	2	2	—	—	—	7	9
Einf. aff. Psychosen	4	—	—	—	—	2	—	—	—	—	6	—	—	—	—	6
Period. Psychosen	—	7	—	—	—	—	2	—	—	—	—	9	—	—	—	9
Dementia paralyt.	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	3	—	3
Hysterie	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	1	2	2	—	3
Epilepsie	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	2
	21	10	5	10	5	5	4	2	5	2	26	14	7	15	7	69

Doch ist auch hier zu bemerken, daß das Auftauchen katatoner Symptome noch nicht eine Trennung der Hauptgruppe der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit begründet.

Die als Amentia diagnostizierten Formen (20 an der Zahl) sind durchwegs genesen und, soweit Erhebungen möglich waren, größtenteils gesund

geblieben; Auch in den Tabellen von Hoppe ist der Prozentsatz der Genesenen bis 64,3%, doch nimmt bei V- oder Mehrgebärenden der Prozentsatz ab.

Aschaffenburg schätzt die Zahl der an Puerperalpsychosen überhaupt Genesenen auf 53,6%.

Die Prognose der erblich Belasteten scheint nach Weil, Hoppe u. A. bezüglich der Dauer etwas ungünstiger zu sein gegenüber den Nichtbelasteten, Anton sieht dies jedoch nicht für die allgemeine Regel an; die Tatsache, daß sehr viele Fälle überhaupt nicht in Behandlung der Kliniken und Anstalten kommen, zeigt die im allgemeinen kurze Dauer der Psychosen; die längerdauernden Formen berechnen sich auf durchschnittlich 6—10 Monate. Auch hier gaben die jüngeren Frauen eine kürzere Behandlungszeit.

b) Die vorübergehenden (transitorischen) Psychosen während und kurz nach dem Geburtsakt.

Den Anstaltspsychiatern sind diese Formen weniger bekannt, mehr Erfahrung hierin haben die Geburtshelfer und Gerichtsärzte. Wegen der kurzen Dauer, mitunter auch wegen der geringen Evidenz der Symptome kommen sie nur ausnahmsweise zur Behandlung in Kliniken und Anstalten.

Während des Geburtsaktes ist der Blutdruck beträchtlich erhöht, und es ist allgemein bekannt, daß es nicht allein senile Konstitutionen gibt, die Regulierungen der Blutdruckverhältnisse im geringeren Maße leisten als andere. Insbesondere für die Funktion des Nervensystems ist es entschei-

dend, ob die Relation von Gehirndruck und Blutdruck in erträglichen Grenzen bleibt; ferner ist auch der intensive Schmerz beim Geburtsakt an und für sich imstande, das Nervenleben zu alterieren.

Dazu kommt dann noch die psychische Aufregung, besonders bei außerehelich Gebärenden und auch bei Erstgebärenden.

Die Reflexwirkungen des Geburtsaktes sind jedenfalls sehr eigenartige. Bekannt ist ja, daß der Geburtsakt selbst und die Ausstoßung der Frucht vorwiegend durch die Innervation des autonomen Nervensystems geleistet wird; andererseits ist aber auch sicher, daß das sympathische Nervensystem auf das Gehirnleben eine, wenn auch nur unterbewußte Einwirkung entfalten kann. Schon Nothnagel hat die geistigen Störungen des Geburtsaktes auf den N. splanchnicus bezogen; auf jeden Fall wird von diesem Teil des Nervensystems die kardiovaskuläre Tätigkeit evident beeinflußt; endlich kommen in dieser Phase noch hinzu die hochgradige Erschöpfung und der ungewohnte Blutverlust.

Was die psychischen Veränderungen selbst betrifft, so ist ja bekannt, daß die krankhaft gesteigerten Affekte sich häufig ereignen und daß der Bewußtseinszustand sehr häufig ein getrübter, traumartig veränderter ist. Schon Marcé schildert plastisch die krankhaft veränderte Affektlage der Gebärenden. Die Kranken sind verzweifelt und zornig erregt, verkennen die Intentionen der Ärzte, zeigen Haß und Abneigung gegen den Gatten, besonders gegen das Kind. Die Enttäuschungen zeigen sich mitunter in sinnlosen Handlungen;

sie suchen die Nachgeburt herauszureissen, sind gewalttätig gegen das Kind, schlagen um sich.

Es ist geradezu typisch, wie häufig sich Aggressionen gegen das Kind wiederholen. So fanden sich in der Literatur auch bei Ehefrauen Fälle von Herauswerfen des Kindes, Strangulieren und Erwürgen. Eine Frau, die ein Kind sehnlich wünschte, faßte es in einem unbewachten Moment bei den Füßen und schlug es mit dem Kopf gegen die Wand; die Neigung zu impulsiven Handlungen während oder kurz nach der Geburt, „Wut der Gebärenden" wird von jedem erfahrenen Geburtshelfer bestätigt.

Das Bewußtsein ist relativ häufig getrübt, auch rüstige Frauen vermögen sich oft nur summarisch an den Vorgang der Geburt zu erinnern; es sind nur wenige, oft nebensächliche Einzelheiten, die in der Erinnerung verblieben sind.

Aber auch längerdauernde Psychosen schließen sich an den Geburtsakt an; solche Psychosen dauern Tage, mitunter auch Wochen; sie sind meistens gekennzeichnet durch Verwirrtheit, traumhafte Bewußtseinsstörungen, Halluzinationen, aber auch durch motorische Erregung.

Ich lasse nun die von mir zusammengestellten Tabellen folgen, die sich auf das mir von der hiesigen k. Psychiatrischen Klinik überlassene Material gründen. Zunächst zeigt die folgende Tabelle,

Tabelle III.

	Zahl d. Fälle	geheilt	unbestimmt	ungeheilt
Hysterie	29	17	12	—
Dementia praec	13	7	6	—
Manische Depression	43	23	12	8
	85	47	30	8

in welche Formen sich die Psychosen zerteilen und zu welchem Erfolge sie gelangten.

Von den Fällen von Hysterie fertigte ich folgende Tabelle an, die über Alter, Heredität usw. näheren Aufschluß gibt.

Tabelle IV.

[1]) G. = Geburt, P. = Puerperium; [2]) g. = geheilt, ? = unbestimmt; [3]) m. = mehrere; [4]) + = gewöhnliche S.

	Alter	ledig — verheiratet	Zeit der Erkrankung [1])	Ausgang [2])	Heredität	Menses	lebende Kinder	Zahl der Entbindungen [3])	Andere Ursachen	Symptome [4])	Zahl der Anfälle [3])	Bemerkungen
1	22	l	G.	g	+	?	1	m	—	+	1	
2	22	l	G.	?	?	unr.	1	m	—	+	1	
3	33	v	G.	?	+	unr.	3	m	—	+	?	
4	27	v	Pp.	?	+	?	0	1	—	+	1	
5	45	Witwe	Pp.	?	?	unr.	16	m	unterleibsleidend	Zuckungen	m	
6	41	v	Pp.	?	?	?	11	m	?	+	1	
7	24	l	Pp.	g	?	unr.	0	1	—	Schreikrampf	1	
8	36	v	Pp.	g	+	?	6	m	—	+	1	
9	42	v	Pp.	?	—	?	2	m	—	+	m	
10	29	Witwe	Pp.	g	—	?	7	m	Tod d. Kindes	+	1	
11	21	l	Pp.	g	+	unr.	1	m	Potus	Ohnmachten	1	Vater und Mutter: Potus
12	38	v	G.	?	+	?	3	m	Potus	Schwindelanfälle	1	Vater: Potus, Schwester: Fallsucht
13	21	l	Pp	g	+	unr.	0	1	—	Ohnmachten	1	
14	30	v	Pp.	g	+	?	4	m	—	+	m	
15	27	gesch.	Pp.	?	+	?	5	m	Potus	+	1	
16	21	v	Pp.	g	+	?	1	m	—	+	1	Vater: Potus.
17	29	v	Pp.	g	+	?	0	1	—	Stimmbandlähmung	1	Brud.: Krampfanfall
18	22	l	G.	g	+	?	0	1	—	+	1	
19	26	v	Pp.	g	+	?	3	m	als Kind schwächlich	+	1	Vater: Potus.
20	26	l	Pp.	?	+	?	1	1	früher Hysterie	Sinnestäuschung	m	Mutter: wahnsinnig
21	29	v	Pp.	g	+	?	6	m	Anfälle seit 3 Jhr.	+	m	
22	24	v	Pp.	g	?	?	2	m	Lungentympanie	+	1	mit 9 Jhr. erotisch
23	49	v	Pp.	?	?	reg.		m	—	Bewusstlosigkeit	1	
24	30	v	Pp.	?	+	reg.	1	1	Menses starker Blutverlust	+	1	
25	29	v	Pp.	g	+	?	0	1	Gonorrhoe	Bewusstlosigkeit	1	
26	19	v	Pp.	g	+	reg.	0	1 Frühgeburt 1 Totgeburt	—	do.	1	
27	26	v	Pp.	?	?	?	0	4 Frühgeb. 1 Totgeburt	—	+	1	
28	34	v	Pp.	g	+	?	2	m	mit 18 Jahren Gelenkrheum.	Bewusstlosigkeit	1	
29	41	v	Pp.	?	—	reg.	13	m	—	Dermograph.	1	

Unter 539 Fällen von Hysterie überhaupt fand ich 29 puerperale = 5,4%; das Alter schwankte zwischen 19 und 49 Jahren, 7 Patientinnen waren ledig, in 5 Fällen traten die Anfälle während der Geburt auf, der Erfolg war bei 12 unbestimmt, d. h. sie verließen vor endgültiger Heilung die Klinik, alle übrigen Fälle wurden als geheilt entlassen, bei 19 Fällen wurde eine hereditäre Prädisposition konstatiert, in 7 Fällen konnte hierüber nichts sicheres in Erfahrung gebracht werden, in 3 Fällen wurde eine solche einwandfrei abgelehnt; soweit über Menstruationsverhältnisse etwas zu ersehen war, waren diese meist unregelmäßig; nur in wenigen Fällen konnten noch eventuelle andere Ursachen der Erkrankung angeführt werden; die Symptome waren die bekannten: Krämpfe, Ohnmachten, Bewußtlosigkeit, Sinnestäuschungen usw., in den weitaus meisten Fällen handelte es sich um den ersten Anfall.

Ich lasse nun eine Tabelle über die 13 Fälle von Dementia praecox folgen:

Tabelle V.

[1]) G. = Geburt, Pp. = Puerperium; [2]) g = geheilt, ? = unbestimmt; [3]) m = mehrere; [4]) + = gewöhnliche S.

	Alter	ledig — verheiratet	Zeit der Erkrankung[1])	Ausgang[2])	Heredität	Menses	lebende Kinder	Zahl der Entbindungen[3])	Andere Ursachen	Symptome[4])	Zahl der Anfälle	Bemerkungen
1	33	l	Pp	g	+	?	1	1	als Kind Hysteroepilepsie	Die gewöhnlichen Symptome.	m	
2	22	v	G.	?	+	?	1	1	—		1	
3	21	v	Pp.	g	—	unr.	1	1	als Kind Anfälle		m	kann nicht richtig sprechen
4	32	v	G.	g	—	?	2	m	—		1	
5	36	v	Pp.	g	+	?	4	m (10×)	viele Geb.		1	Schwester: geisteskr. Mutter nicht normal
6	28	v	Pp.	g	+	unr.	5	m	letzte Schwangerschaft		1	
7	38	v	Pp.	?	+	?	4	m	als Kind öfters krank		m	
8	42	v	Pp.	g	+	?	2	m	—		1	
9	23	l	Pp.	g	+	reg	0	1 (8Mt.Kind)	schlechte Behandlung		1	
10	49	v	Pp.	?	+	?	0	1	?		1	
11	26	v	Pp.	g	+	unr.	5	m	—		m	
12	22	v	Pp.	?	+	?	1	1	?		1	
13	29	v	Pp.	?	+	reg.	3	m	—		1	

Auch diese Tabelle bestätigt nur das bereits durch das Studium der Literatur und der Statistiken gewonnene Bild von Dementia praecox; es erübrigt sich mir deshalb nur noch eine Tabelle (VI) über die Fälle von manischer Depression folgen zu lassen, die uns in allgemeiner Uebersicht auch nichts Abnormes bietet, so daß ich zu dem Schlusse gelange, daß meine Arbeit in der Hauptsache die bisher festgestellten und mehr oder minder belegten Tatsachen bestätigt.

Tabelle IV.

[1]) G. = Geburt, Pq. = Puerperium; [2]) g = geheilt; ? = unbestimmt; [3]) m = mehrere; [4]) + = gewöhnliche S.

	Alter	ledig — verheiratet	Zeit der Erkrankung [1])	Ausgang [2])	Heredität	Menses	leb. Kinder	Zahl der Entbindgn. [3])	Andere Ursachen	Symptome [4])	Zahl der Anfälle [5])	Bemerkungen
1	38	l	Pp.	g	+	?	1	m	als Kind Rhachitis	2× Ohnmacht	1	
2	23	v	Pp.	g	?	?	1	1	Geburt	+	1	
3	21	l	Pp.	g	?	?	1	1	—	+	1	
4	26	l	G.	?	?	?	1	1	Gelenkrheumatismus	+	1	
5	23	v	G.	g	+	?	4	m	Blutarm	+	1	
6	23	l	G.	?	+	reg.	1	1	—	+	1	
7	23	l	Pp.	?	?	?	0	1	—	+	1	
8	25	l	G.	?	+	unr.	1	1	—	+	1	
9	32	v	G.	?	?	reg.	2	8× entbund.	—	+	1	
10	30	v	Pp.	g	?	?	3	m	—	plötzl. Ohnmacht	1	
11	25	v	Pp.	g	+	?	0	1	—	Bewusslosigkeit	1	
12	32	v	Pp.	g	+	unr	4	m	vor 4 Jhr. Sturz	+	m	
13	29	l	Pp.	g	+	?	0	1	—	+	1	
14	26	v	Pp.	?	?	?	2	m	—	+	1	
15	30	v	Pp.	g	?	?	0	1	starker Blutverlust	+	1	
16	37	v	Pp.	g	?	reg.	0	m	4× Frühgeburt	+	1	
17	30	v	Pp.	g	+	unr.	3	m	immer schwächl.	starke psychomotor. Hemmung	1	
18	26	l	Pp.	g	+	?	0	1	—	+	1	
19	36	v	Pp.	g	+	reg.	4	m	Lues	+	1	
20	23	l	Pp.	g	+	?	1	m	2 Frühgeburten	+	1	
2.	47	v	Pp.	?	?	?	0	m	1 Totgeburt	+	1	

	Alter		ledig — verheiratet	Zeit der Erkrankung[1]	Ausgang[2]	Heredität	Menses	leb. Kindnr	Zahl der Entbindgn.[3]	Andere Ursachen	Symptome[4]	Zahl der Anfälle	Bemerkungen
22	40		l	Pp.	?	?	unr.	0	1	—	zusammenhanglose Antworten	1	
23	37		v	Pp.	?	?	?	1	m	—	+	1	
24	45		v	Pp.	g	+	?	1	1	—	+	1	
25	44		v	Pp.	g	?	?	2	m	—	+	1	
26	47		v	Pp.	g	+	?	1	m	—	+	1	
27	26		l	Pp.	g	+	?	0	1	schwere Geburtsoperation	+	1	
28	28		v	Pp.	g	+	unr	2	m	starke Blutgn. port pactum	+	1	
29	26		v	Pp.	g	—	reg.	4	m	als Kind zart	+	1	
30	35		v	Pp.	g	+	reg.	5	m	alle Entbindgn. sehr schwer	Nervenkrämpfe	1	
31	35		v	Pp.	?	-	reg.	6	m	—	+	1	
32	39		v	G.	?	—	?	1	m	—	+	1	
33	26		v	G.	?	+	?	1	1	starker Blutverlust b. d. Geburt	+	1	
34	30		v	Zw.-G.	?	—	?	2	m (8×)	—	+	1	
35	36		l	Pp.	?	—	reg.	0	1	—	+	1	
36	24		l	G.	?	—	?	1	m	-	+	1	
37	49		v	Pp.	g	+	unr.	2	m	—	+	1	
38	?		v	Pp.	g	+	reg.	1	m	—	+	1	
39	28		l	G.	?	+	?	1	1	—	+	1	
40	30		v	Pp	g	—	?	0	m	zu Schwermut geneigt	+	1	
41	25		v	Pp.	ug.	—	reg.	0	1	—	+	1	
42	37		v	Pp	?	?	reg.	1	m	—	+	1	I. Part. Zwillinge †, die übrigen bis auf eines totgeboren
43	33		v	Pp.	?	—	reg.	0	1	—	+	1	

Von 1220 Fällen überhaupt waren vorstehende 40 puerperal; im übrigen ergibt auch diese Statistik keine auffälligen Besonderheiten; das Alter schwankt zwischen 20 und 49 Jahren, in 14 Fällen handelt es sich um unehelich Gebärende; als geheilt konnten entlassen werden 24, bei den übrigen war der Ausgang wegen zu frühen Verlassens der Klinik nicht zu eruieren, doch werden wohl auch diese Fälle alle zur endgültigen Heilung gekommen sein; die sonstigen Erhebungen

zeigen kein von den Tabellen anderer Autoren erheblich abweichendes Bild.

Ueber die Dauer der Erkrankung vermag ich leider keine Angaben zu machen; auch nach unseren Tabellen stellt sich die Prognose der Puerperalpsychosen überhaupt als sehr günstig dar, sämtliche Beobachter stimmen hierin überein, wenn auch die einzelnen Prozentsätze wesentlich voneinander abweichen; dies läßt sich eben wieder damit erklären, daß viele Patientinnen noch nicht völlig geheilt die Klinik verlassen, und man bekommt somit nie ein vollständig genaues Bild.

Als geheilt führen an: Ripping 42%, Lübben 63%, Leidesdorf 50%, Holz 40%, Schmidt 36,2%, Achaffenburg 55%, ich selbst berechnete es nach meinem Material unter Berücksichtigung obenerwähnter Umstände auf 52 Prozent.

Hat meine vorliegende Arbeit positive Resultate kaum ergeben, so hat sie doch an einzelnen Punkten die Gewißheit an die Stelle des Zweifels gesetzt; immerhin harren auf diesem Gebiete noch manche Aufgaben ihrer Erledigung.

* * *

Zum Schlusse möchte ich noch drei meiner Fälle des näheren beschreiben.

I. FALL.

F. D., 25jährige Schreinersfrau. Die Patientin kam am 21. Februar 1912 als Kreissende in die Klinik. I para. Anamnestisch ließ sich feststellen, daß der Vater an einem Unglücksfall gestorben ist; die Mutter und fünf Geschwister sind

gesund und leben. Sie litt als Kind an Rhachitis und hat mit 5 Jahren gehen gelernt. Die erste Regel trat mit 18 Jahren ein, 3—4 Tage, schwach, regelmäßig. Seither nicht mehr krank.

Letzte Regel anfangs Mai. Befinden in der Schwangerschaft gut, am Anfang Erbrechen. Ihr Puls war regelmäßig. Knochenbau grazil. Ernährungszustand gut. Muskulatur mäßig. Haare dunkelbraun.

Es handelte sich um ein wahrscheinlich sehr kleines, lebendes Kind in Schädellage.

Geburt des Kindes und der Placenta 21. II. 9^{15} p. m. Die Hilfeleistung bei der Geburt bestand bei der Indikation „enges Becken" im extraperitonealen Kaiserschnitt, ausgeführt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Döderlein.

Das Kind war ein reifes, lebendes Mädchen, 49 cm lang, 3000 g schwer; Kopfdurchmesser: FO 11,5, BP. 9, BT 7, MO. 14, SB. 9,5, Circumf. occip. front. 34, Circumf. subocc. front. 31.

Am 3. Wochenbettage trat eine schwere Psychose ein, die sich am 4. Tage wieder besserte. Gelegentlich einer Untersuchung am 3. Tag fand sich in der Scheide ein etwa $^1/_2$ m langes, zusammengeballtes Stück Jodoformgaze, das wohl bei Entfernung der Tamponade zurückgeblieben war, dadurch daß es abriß.

Der Zustand verschlimmert sich allmählich. Die Erregungszustände weichen einem Stadium von Depression. Die Patientin erliegt der Sepsis am 5. III. 1912.

II. FALL.

Die Patientin H. Sch., 33 Jahre alt, kam am 11. VII. 12 als Kreissende in die Klinik. Ihr

Vater starb an Gehirnschlag, die Mutter an Arterienverkalkung. Von Kinderkrankheiten machte sie Masern, Flechten und Diphtherie durch. Die erste Regel hatte sie mit 17 Jahren, sie dauert 2 Tage und ist regelmäßig; die letzte Regel hatte sie am 15. September wie sonst; erste Kindesbewegungen am 10. Februar; das Befinden während der Schwangerschaft war gut. Die Patientin ist I para, groß, kräftig, in gutem Ernährungszustand. Temperatur 37,8. Die Patientin ist im 10. Monat schwanger; es handelt sich um ein mittelgroßes, lebendes Kind in II. Gesichtslage. Geburt des Kindes 14. VII. 12^{30} a. m. Geburt der Placenta 12^{45} a. m. Es wurde Hysterotomie vorgenommen. Fußgelenk des rechten Fußes nach außen gekrümmt (Hakenfuß), Fußgelenk des linken Fußes nach innen gekrümmt. Zu beiden Seiten des Mundes etwas blutunterlaufen. Das weibliche Kind war reif und scheintot. Die Patientin wurde nach Heilung der auftretenden manischen Depression aus der Klinik entlassen.

III. FALL.

F. K., Lokomotivführersfrau, 37 Jahre alt, VI para. Aufgenommen am 3. V. 12 als Schwangere. Todesursachen von Vater und Mutter unbekannt, 2 gesunde Geschwister leben; Kinderkrankheiten? Erste Regel mit 19 Jahren, 4 Tage, stark, regelmäßig. Sie hatte nach Eintritt der Regel einen Lungenspitzenkatarrh überstanden. I. Partus: Zwillinge, gestorben. Es lebt nur ein Kind mit 3 Jahren; alle übrigen totgeboren oder gleich nach der Geburt gestorben. Letzte Regel? Erste Kindsbewegung? Das Befinden in der Schwan-

gerschaft ist bereits seit Januar unklar. Die Patientin ist klein, kräftig, in entsprechendem Ernährungszustand. Temperatur 37,5 anal. Es handelt sich um ein mittelgroßes, lebendes Kind in I. Schädellage. Die Wehen begannen am 24. V. 12 2 Uhr a. m. Zeit der Geburt des Kindes: 12^{30} p. m., der Placenta: 12^{45} p. m. Hilfeleistung bei der Geburt: Dammschutz.

Um 11^{30} kommt die Patientin mit heftigen Wehen auf den Kreißsaal. 12^{25} p. m. Spontangeburt eines ausgetragenen Knaben in II. HHL.

Argent. acet. in die Augen des Kindes. 12^{40} p. m.: Placenta folgt auf leichten Druck. Uterus gut kontrahiert, keine Blutung. Während der Nachgeburtsperiode faßt die Pat. die Nabelschnur mit beiden Händen, um die Nachgeburt herauszuziehen.

Am 10.—12. Wochenbettstag steigt die Temperatur bis 38,5. Therapie: Aspirin; am 4. VI. wurde die Patientin zur vollständigen Heilung in die Psychiatrische Klinik verbracht.

Zur Veranschaulichung der Wirkung der Wehentätigkeit auf die Psyche der Frau erinnere ich an die Schilderung des Gebäraktes von Bumm. Zuweilen nehmen die Affekterregungen infolge der gewaltigen Schmerzen noch größere Dimensionen, als v. Bumm erwähnt, an: lautes Schreien und verzweiflungsvolles Brüllen, tobsüchtiges Hin- und Herwerfen, rücksichtsloses Schlagen auf Bauch und Brüste, Strampeln mit den Beinen, Knirschen mit den Zähnen, angstvolles oder wütendes Reissen an den Kleidern und Betten und konvulsive Bewegungen charakte-

risieren diesen bereits pathologisch zu nennenden Erregungszustand. Daß Affekterregungen, Schmerzen und Anstrengungen von der eben geschilderten Intensität nicht ohne kürzer oder länger andauernde Folgen für das Seelenorgan bleiben können, ist ohne weiteres klar. Kommt es dabei doch nicht selten sogar zu vollentwickelten, wenn auch kurz währenden Psychosen. Handelt es sich dabei noch um irgendwelche Anomalien des Gebäraktes (z. B. protrahierte Wehentätigkeit, Zangengeburt usw.) und um zu psychischen Alterationen neigenden Individuen, so wird, falls es nicht schon zum Ausbruch einer ausgesprochenen Geistesstörung kommt, die Prädisposition zweifelsohne eine erhebliche Zunahme der Intensität erfahren. Ein weiteres ätiologisches Moment für das transitorische Irresein der Neuentbundenen resp. für die Steigerung des Grades der psychopathischen Prädisposition ist in der rapiden Veränderung der Zirkulationsverhältnisse gegeben. Durch die rasche Entleerung des so sehr ausgedehnten Uterus und der so ausgedehnten Bauchhöhle, durch die dadurch bedingte außerordentliche Veränderung des intraabdominellen Druckes wird die Zirkulation in den übrigen Organen und namentlich auch im Gehirn auf das empfindlichste beeinträchtigt.

War das prädisponierte Individuum den schädigenden Einwirkungen des Gebäraktes noch einigermaßen gewachsen, so reicht seine nunmehr stark reduzierte Resistenzkraft häufig nicht mehr aus um etwa auch noch den nicht selten bald einstürmenden Schädlichkeiten des Wochenbettes genügenden Widerstand entgegensetzen zu kön-

nen, es kommt dann zum Ausbruch von voll entwickelten Geistesstörungen. Die Schädlichkeiten des Puerperiums geben in der Mehrzahl der Fälle den Ausschlag und bilden so die nächste Ursache der puerperalen Geistesstörungen. Sie deshalb aber schon als die alleinigen oder eigentlichen Ursachen der Geisteskrankheiten des Wochenbettes zu bezeichnen, ist unrichtig. Die letzteren sind vielmehr Produkte einer ganzen Reihe von Faktoren, endogenen und exogenen, ja, die Schädlichkeiten des Puerperiums spielen zuweilen nur die Rolle von auslösenden Momenten. Hierin stimmen wir mit Griesinger überein, der sagt: „Ein näheres Eingehen in die Aetiologie des Irreseins zeigt nämlich alsbald, wie es in der außerordentlichen Mehrzahl nicht eine einzige spezifizierte Ursache, sondern ein Komplex mehrerer, zum Teil sehr vieler und verwickelter vorbereitender und mehr gelegentlichen schädlicher Momente war, unter deren Zusammenwirken die Krankheit endlich zustande kam."

Diese kurze Uebersicht über die Vorgeschichte unserer Fälle genügt wohl, um deutlich darzutun, daß die Wochenbettpsychosen hinsichtlich ihrer Aetiologie keineswegs die Sonderstellung beanspruchen können, die ihnen von den meisten Autoren auf Grund von unzulänglichen anamnestischen Angaben bisher eingeräumt wurde. Sie bedürfen vielmehr zu ihrer Entwicklung der endogenen Faktoren nicht weniger als irgend eine extrapuerperale Geistesstörung, und nur in denjenigen Fällen, wo die exogenen Faktoren von gewaltiger Intensität sind, erscheinen dieselben aus-

reichend, um eine vollentwickelte Psychose zustande zu bringen.

Wir wollen nun zur Betrachtung der Gelegenheitsursachen der Wochenbettpsychose übergehen.

Wenn wir unsern Blick der Wehentätigkeit und ihrer Wirkung auf die Psychose der Kreißenden zuwenden, so treten uns große individuelle Differenzen entgegen, die im letzten Grunde auf eine größere oder geringere Widerstandsfähigkeit des Organs des Seelenlebens zurückzuführen sind. Es gibt Frauen, die keinen Augenblick die Ruhe verlieren, den Wehenschmerz in sich verarbeiten, keinen Ton der Klage von sich geben, ja es sollen sogar Frauen ohne alle Schmerzempfindungen gebären können; das Gegenstück dazu bilden die überempfindlichen, nervösen, ängstlichen oder willensschwachen Frauen, die ohne laute Klagen nicht den geringsten Schmerz ertragen können.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Doederlein für die gütige Überlassung des Materials, sowie für die bei der Arbeit gegebenen Anregungen meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Literatur.

Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig 1904.

Aschaffenburg: Ueber die klin. Formen der Wochenbettpsychosen. Berlin 1901.

F. v. Winkel: Handbuch der Geburtshülfe. Wiesbaden 1904.

Fritsch: Zentralblatt für Gynäkologie. XXX. Jahrg. Leipz. 1906.

Veit: Handbuch der Gynäkologie. Wiesbaden 1910.

Archiv für Psychiatrie V., S. 505.

„ „ „ XXIV., S. 612.

„ „ „ XXV., S. 137.

Olshausen: Beitrag zu den puerp. Psychosen (Zeitschrift für Gynäkologie 1891).

Ripping: Die Geistesstörungen der Schwangeren, der Gebärenden etc. Stuttgart 1873.

Peikert: Ueber Puerpesalpsychosen. Dissert. inaug. 1897.

Schauta: Lehrbuch der gesamten Gynäkologie. II. Band.

Th. Heynemann: Zur Frage der Leberins. und des Kreatstoffwechsels während der Schwangerschaft und bei den Schwangerschaftstoxikosen aus der k. Frauenklinik zu Halle.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1912.

C. M. Bossi: Die gynökolog. Prophylaxe bei Wahnsinn. 1912.

Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie. 1912. Heft II.

Vita.

Ich, Toyo Kiuchi, wurde am 1. Januar 1879 in Chiba in Japan als Sohn des praktischen Arztes S. Kiuchi geboren. Nachdem ich das Gymnasium in Chiba absolviert hatte, bezog ich für fünf Jahre die k. jap. med. Akademie zu Tokio; hierauf ließ ich mich in Tokio als praktischer Arzt nieder und kam dann zu weiterem Studium im März 1912 nach München, wo ich vorliegende Arbeit anfertigte, die ich mir einer hohen med. Fakultät der hiesigen Universität zwecks Erlangung des Doktortitels in der gesamten Medizin vorzulegen erlaube.

TOYO KIUCHI.